

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

N^o

301

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BOURDICHON

Interne des Hôpitaux d'Amiens.

Prosecteur à l'Ecole de Médecine.

Né le 6 septembre 1913, à Montlouis, (Pyrénées-Orientales).

La résection large, traitement idéal des Ulcères et Cancers d'estomac

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre BOURDICHON

Interne des Hôpitaux d'Amiens.

Prosecteur à l'Ecole de Médecine.

Né le 6 septembre 1913, à Montlouis (Pyrénées-Orientales).

La résection large, traitement idéal des Ulcères et Cancers d'estomac

Président : M. L. TANON, Professeur.

PARIS

AMÉDEE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.	
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTURJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lre} J. LEVY ..	Pharmacologie.

MM.	
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER .	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.
AUBERTIN.	
BRULE.	
CHABROL.	
DONZELOT.	
DUVOIR.	
LIAN.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.	
SEZARY.	

MM.	
BASSET.	} Clinique chirurgicale
BROCQ.	
CADENAT.	
GATELLIER.	
MOURE.	
QUENU.	
VELTER.	

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551807_0090

A MA FEMME

*Dont la sollicitude et l'affection m'ont
été si précieuses.*

A MON FILS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici l'expression de mon
amour filial.*

A MES GRANDS-PARENTS

*Auxquels je dois tant, en témoignage de
ma très grande reconnaissance et de ma
profonde affection.*

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Conseiller Technique Sanitaire au Ministère de la Santé Publique.

Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène

à la Préfecture de Police.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu me faire l'Honneur de
présider ma thèse, respectueux hommage.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMOND

Professeur à l'Ecole de Médecine.

Chirurgien des Hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Mon cher maître,

Vous m'avez toujours témoigné en toutes circonstances une particulière bienveillance. Vous m'avez initié à la chirurgie que vous avez su me faire aimer. Vous m'avez aussi inspiré le sujet de cette thèse et guidé de sages conseils. Je ne saurai jamais trop vous exprimer ma profonde admiration et ma respectueuse affection.

A MES MAÎTRES DANS L'INTERNAT DES HÔPITAUX D'AMIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAUTEFEUILLE

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens.
Professeur de Pathologie Interne.

Témoignage de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDAT

Chirurgien des Hôpitaux.

Exemple de droiture, de loyauté, et de conscience professionnelle, qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute ma gratitude pour l'enseignement qu'il m'a prodigué dans son service.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAX

Médecin des Hôpitaux.
Professeur à l'Ecole de Médecine.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FILACHET

Professeur à l'Ecole de Médecine.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'AMIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABARRIERE

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens.

*En témoignage de ma gratitude et de
notre reconnaissance pour la bienveillance
dont il a fait preuve à mon égard au cours
de mes études médicales.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GÉRARD PERDU

Professeur d'anatomie à l'Ecole de Médecine.

Dont j'ai l'honneur d'être le Prosecteur.

A MES CAMARADES DE LA SALLE DE GARDE D'AMIENS

En souvenir de belles années.

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis qu'en 1884, pour la première fois, WÖELFER appliqua au traitement de l'ulcère gastrique la gastro-entérostomie qu'il avait imaginée, nombreuses ont été les interventions proposées pour le traitement chirurgical des ulcus et cancers de l'estomac. Cependant, ces dernières années, sous l'influence des auteurs Américains et de PAUCHET en France, la résection large a conquis une place de plus en plus grande et des adeptes de plus en plus nombreux en raison de l'excellence de ses résultats tant immédiats qu'éloignés.

Nous nous proposons, pour notre part, grâce aux observations recueillies dans le service de notre Maître le Docteur DE BUTLER à Amiens, d'apporter une modeste contribution à l'étude de cette intervention. Nous étudierons donc, rapidement, l'ulcus et le cancer gastrique, les indications opératoires les plus logiques qui découlent de cette étude, et enfin les résultats obtenus dans le service de notre Maître.

ULCUS GASTRIQUE

RAPPEL DE PATHOGÉNIE DE L'ULCÈRE.

Nous pouvons admettre, en principe, que l'ulcère d'estomac évolue en deux phases :

- 1) Une phase d'ulcération locale,
- 2) Une phase d'ulcère proprement dit, sous l'influence de l'hyperacidité.

Le mécanisme de la sécrétion gastrique comprend deux périodes, l'une de sécrétion psychique, l'autre de sécrétion chimique. La sécrétion psychique est de connaissance classique depuis les expériences de PAWLOW. Ce suc psychique a une grande puissance digestive indépendante de la nature des aliments ingérés; dans la deuxième heure de digestion expérimentale le suc s'adapte à la nature chimique des substances ingérées, c'est la sécrétion chimique qui succède à la sécrétion psychique.

Dans ces deux sécrétions, la première d'origine nerveuse est sous la dépendance du pneumogastrique, alors que la deuxième est totalement indépendante d'un processus nerveux quelconque; ces notions de physiologie nous expliquent le mécanisme de la sécrétion gastrique chez les ulcéreux. Tandis que chez l'homme normal c'est l'influence psychique qui in-

tervient seule et cesse vraisemblablement quand se déclanche la sécrétion chimique, chez l'ulcéreux, cette influence est prolongée et multipliée dans ses effets par les excitations prolongées du pneumogastrique; il y a donc hypersécrétion d'où hyperchlorhydrie.

C'est à cette hyperchlorhydrie qu'est liée la transformation de l'ulcération gastrique en ulcère vrai. Elle ne peut, en effet, à elle seule réaliser un ulcus gastrique : tant que la muqueuse est intacte, elle oppose une véritable barrière à l'action du suc hyperacide. Mais qu'une érosion vienne à se produire, et rien ne s'oppose plus à cette action.

L'hyperchlorhydrie semble d'ailleurs jouer aussi un rôle important dans les conditions d'apparition de l'ulcus peptique post-opératoire. Victor PAUCHET donne une proportion de 5 % des cas après gastro-entérostomie, et LERICHE publie la même conclusion. On ne le rencontre pas lorsque l'intervention a réalisé l'anachlorhydrie. Il nous semble, enfin, inutile de souligner que la plupart des phénomènes douloureux de l'ulcus sont la conséquence de l'action du suc hyperacide.

COMPLICATIONS DE L'ULCÈRE.

Elles sont particulièrement redoutables. Ce sont :

1) *Les Hémorragies* : Parfois violentes et incoercibles au point d'entraîner la mort.

2) *Les Perforations* : Sur la gravité desquelles il est inutile d'insister.

3) *La Cancérisation* : Le cancer d'estomac est le plus fréquent de tous les cancers. Il représente à lui seul le tiers de ceux-ci. « Le cancer d'estomac, tue le douzième des hommes civilisés. Il est neuf fois sur dix greffé sur un vieil ulcus ». VICTOR PAUCHET.

4) *La Tuberculose et toutes les infections* : Car affaiblissant l'organisme et sa résistance; l'ulcère y prédispose.

5) *Diminution du rendement vital*, social, intellectuel du patient qui est, en fait, un véritable infirme (VICTOR PAUCHET).

CONSÉQUENCES OPÉRATOIRES.

De ce que nous venons de voir, découlent des conclusions grâce auxquelles nous allons définir l'opération de choix :

Ce sera celle qui tout en anihilant l'hyperchlorhydrie, principale cause de la maladie ulcéreuse, résèquera la partie atteinte, mettant ainsi le malade à l'abri de toute complication après l'avoir guéri.

I. La gastro-entérostomie : Il est évident que la gastro-entérostomie n'atteint aucun des buts que nous venons de définir. Elle vise modestement à mettre l'ulcère dans les meilleures conditions de repos afin de favoriser sa cicatrisation. Mais, si elle y réussit quelquefois, nombreux sont ses inconvénients.

A) Elle laisse persister l'ulcère gastrique, et nous avons vu plusieurs fois notre Maître le Docteur de BUTLER devoir pratiquer une résection à des opérés revenus après une amélioration de courte durée (observation 87).

B) Laissant persister l'ulcère, elle ne met pas à l'abri de ses complications déjà vues : hémorragies, perforations, dégénérescence maligne !

C) Au point de vue post-opératoire, elle expose plus que les résections aux complications pulmonaires. On constate, en effet, chez les opérés gastriques diverses complications pulmonaires : bronchites et congestions pulmonaires sans gravité, et surtout broncho-pneumonies qui, elles, présentent une sérieuse gravité.

L'anesthésique employé dans les observations que nous rapportons, est en général le schleich. Cependant nous trouvons des complications pulmonaires après les interventions à l'anesthésie locale. De semblables résultats ont été publiés par MICKULICZ et Victor PAUCHET.

Sans nier absolument l'existence de broncho-pneumonies par déglutition, il semble pourtant bien qu'il faut chercher ailleurs la cause de la plupart des complications pulmonaires. On est frappé, en effet, par le fait que les opérations portant sur l'estomac, lorsqu'il s'agit de gastro-entérostomies, se compliquent plus d'accidents pulmonaires que les autres opérations abdominales. Les recherches de laboratoire confirment d'ailleurs cette constatation, c'est ainsi que le Professeur LAMBRET de Lille dans une communication faite à la Société de Chirurgie en 1921, a rap-

porté qu'il avait trouvé le *Bacillus Pylori* dans les poumons d'un malade mort de broncho-pneumonie et un *Entérocoque* dans les crachats d'opérés ayant des complications pulmonaires.

Si l'on admet que l'origine des complications pulmonaires est dans le foyer ulcéreux, fait que le Professeur LAMBRET a mis en évidence par l'identité des germes, on voit l'avantage sur ce point de la résection par rapport à la gastro-entérostomie; celle-ci nous paraît, en effet, plus nettement gravée de complications pulmonaires ou autres. La seule conclusion de ce fait indiscutable, réside donc dans l'exérèse large et en bloc de toutes les parties malades : l'opérateur ne laisse plus dans l'estomac de sécrétions septiques qui viendraient ensemençer les sutures d'ulcères susceptibles de se réveiller ou de déterminer à distance de graves accidents pulmonaires.

La G. E. est donc loin de représenter l'intervention idéale, mais cependant et malgré ses inconvénients, devons-nous systématiquement la rejeter ? Non, bien au contraire, mais nous la réserver pour les cas où la résection s'avère ou impossible, ou trop dangereuse pour le malade et seulement pour ces cas. Il vaut mieux, en effet, « guérir un malade en deux fois que de le tuer en un temps, et il est préférable de faire perdre un mois à l'opéré que de lui faire perdre la vie ». (V. PAUCHET). C'est pourquoi, chez les malades très cachectisés, présentant de volumineux ulcus adhérents au pancréas ou au foie, nous pratiquons simplement une gastro-entérostomie. Si le patient

ainsi mis au repos récupère de façon satisfaisante. nous pratiquons alors une résection large sur un sujet en bonnes conditions physiques. Nous avons ainsi la satisfaction d'avoir guéri complètement le malade sans avoir exposé inutilement sa vie.

COMMENT PRATIQUER L'INTERVENTION ?

Elle se fera pré-colique ou trans-mésocolique, sur la face antérieure de l'estomac ou sa face postérieure, suivant que l'une ou l'autre est plus accessible. Fermer la brèche mésocolique et la suturer au pourtour de la néo-bouche.

II. La gastrectomie : En principe, pour l'ulcère gastrique, la résection est toujours indiquée. En effet, la résection large de l'estomac accompagnée du dépouillement de la petite courbure, provoque l'atrophie des glandes digestives groupées sur celle-ci et par là même supprime leurs sécrétions. C'est le seul moyen d'anihiler l'hyperchlorhydrie qui est une des causes principales de la maladie ulcéreuse. Avec la résection, minimum de récurrence d'ulcère et surtout non formation d'ulcus peptique; elle met en outre le malade à l'abri des hémorragies, de la perforation. Supprimant le pylore, elle supprime donc le spasme pylorique. « Or il se peut, ainsi que l'estiment BERGMANN et RICHTER que l'état spasmodique du pylore abandonné, soit d'une grande importance pour l'ulcus peptique jéjunal ». (DE BUTLER D'ORMOND). La résection doit comprendre la portion libre de la première portion du duodénum, le pylore, et les deux tiers de l'estomac en remontant très haut sur la petite courbure. Dans les cas graves, fortement hyperchlorhydriques, on a toujours tendance à laisser trop d'étoffe gastrique. On doit donc, sinon réséquer toute la petite courbure jusqu'au cardia, tout au moins la dé-

pouiller complètement de sa séreuse, de ses vaisseaux, de ses nerfs, de façon à provoquer dans la plus large mesure, l'atrophie de ses glandes. « La simple résection de la région malade de l'estomac sans résection ou dépouillement de la petite courbure, peut être suivie de récurrence. Après dépouillement vasculo-nerveux total, la récurrence ne se produit jamais ». Telle était l'opinion de Victor PAUCHET, et nul ne peut contester que son expérience ait été grande en chirurgie gastrique.

En ce qui nous concerne, toutes les observations de résection gastrique publiées dans cette thèse, comportent le dépouillement de la petite courbure. Or jamais nous n'avons observé de récurrence ni d'ulcère peptique après de telles résections.

Conclusion : Le seul traitement rationnel et curatif de l'ulcère gastrique est donc la résection. La G. E. ne devra jamais être qu'une intervention d'expectative : un premier temps chez des sujets cachectisés.

LA GASTRECTOMIE

TECHNIQUE OPÉRATOIRE.

Quelle technique utiliser pour mener à bien une gastrectomie ? Plusieurs procédés s'offrent à nous, auquel donner la préférence ? En principe, toute technique opératoire est bonne pourvu que l'opérateur y soit entraîné. C'est qu'en effet, plus que toute autre opération, la gastrectomie nécessite beaucoup d'entraînement et une grosse expérience, la moindre petite chose laissée au hasard pouvant être une cause de mort, pour le malade. D'autre part, l'opération de choix sera celle qui diminuera le plus possible le principal risque post-opératoire de la chirurgie gastrique : le lâchage des sutures. Or la façon la plus simple de s'assurer contre ce risque, est d'employer un procédé tel qu'une fois l'opération terminée, les sutures soient tiraillées au minimum.

Ceci dit, nous pouvons ramener les procédés de gastrectomie à quatre types principaux :

1. Celui de Pean, dit Bilroth première manière.
2. Celui de Kocher.
3. Celui de Bilroth, deuxième manière.
4. Celui de Polya.

Parmi ceux-ci, deux procédés ont notre préférence,

ce sont ceux qui sont pratiqués le plus souvent dans le service de notre Maître, le Professeur DE BUTLER D'ORMOND : le Pean, le Polya modifié par PAUCHET.

1) Procédé de Péan.

Anastomose gastro-duodénale, termino-terminale.

Le procédé de Pean ou Bilroth I est le meilleur de tous, car « le plus physiologique », de plus il ne donne pratiquement pas d'ulcus peptique. Il est le moins choquant, l'opérateur travaillant dans l'étage sus-mésocolique et n'ayant par conséquent pas à brasser les anses intestinales. Malheureusement, et c'est très regrettable, on ne peut l'employer dans plus de 20 % des cas.

Il consiste, après résection, à anastomoser bout à bout le duodénum et la partie inférieure de la tranche de section gastrique. Du côté estomac, la portion restante de cet organe réséqué doit être suffisamment étoffée pour être abaissée sans tiraillement jusqu'au contact du duodénum. D'autre part, les tranches de section gastriques ne doivent pas être trop épaissies, pour permettre de réaliser une bonne fermeture de la partie inutilisée.

Le duodénum doit être suffisamment long et mobilisable, pour venir s'adapter sans effort ni tiraillement à l'estomac. On ne devra jamais perdre de vue, qu'une fois l'opération terminée, la portion restante de l'estomac devra se contracter entre deux points

fixes qui sont : le cardia d'une part, et le duodénum d'autre part. Si donc on pratiquait un Pean après une exérèse par trop importante, on s'exposerait presque fatalement à une désunion des sutures dans les heures suivant l'opération. Enfin le calibre duodénal doit être suffisant (3 cm. minimum) pour éviter tout heurt dans l'évacuation gastrique. Et pour terminer, ne pas oublier que le point faible de notre intervention réside au carrefour des sutures d'angles, soit ici au carrefour de l'angle supérieur. Nous placerons donc là un point de renforcement en U reprenant les séreuses duodénales et gastriques un peu au-dessus de la bouche, de façon à consolider la suture et éviter la désunion gastro-duodénale.

2) Procédé de Kocher.

Anastomose gastro-duodénale, latéro-terminale

C'est le procédé favori du Professeur CUNÉO et de ses élèves. Il consiste à réséquer la portion gastrique englobant la lésion puis à fermer complètement la tranche gastrique et à implanter le duodénum sur la face postérieure de l'estomac.

Pour employer ce procédé, il faut que la résection ait été assez basse et que le duodénum soit suffisamment long, large, et mobilisable pour être amené sans tiraillement au contact de l'estomac. Ce procédé demande plus de temps que le Pean, à cause de la fermeture gastrique.

Avantages : suppression du carrefour des sutures du procédé précédent.

Inconvénients : On a signalé, au-dessous de la bouche, la formation d'un cul-de-sac gastrique gênant l'évacuation.

3) Procédé de Bilroth II

ou opération de Rodman des Américains.

Anastomose gastro-jéjunale, latéro-latérale.

C'est le procédé le plus facile à exécuter, aussi est-il à recommander aux chirurgiens désirant s'entraîner à la chirurgie gastrique. Il consiste en la fermeture complète de la tranche gastrique et du duodénum, puis à pratiquer une gastro-entérostomie.

Cependant un gros écueil : la fermeture duodénale, qui doit être parfaite si l'on veut éviter la désunion.

« L'exécution de la fermeture duodénale mérite une scrupuleuse attention. Une part importante des insuccès de la gastrectomie, tient à l'insuffisance de cette suture » (CUNÉO).

4) Procédé de Polya.

Anastomose gastro-jéjunale, termino-latérale.

Ce fut le procédé d'élection de Victor PAUCHET, qui au début, était presque le seul à le pratiquer en France. Il est praticable dans 80 % des cas environ;

c'est le moins choquant et il donne très rarement un ulcus peptique. Il consiste à implanter la tranche gastrique terminale dans la partie latérale du jéjunum. L'anse jéjunale étant très mobile, permet d'effectuer des résections très larges sans inconvénient et n'exige que très peu d'étoffe gastrique. On peut faire l'implantation à la Polya partielle ou totale : en effet, la néo-bouche pour être correcte, doit avoir six centimètres au maximum. En conséquence, si la section est supérieure à cette dimension, on la rétrécira par deux surjets : total et séro-séreux.

Mais là encore, toute la difficulté et le secret de la réussite, dépendront de la suture duodénale. Ce sera le temps capital de l'opération ¹.

(1) Thèse Bron (Paris 1932).

OBSERVATIONS

La statistique du service, porte sur 58 interventions pour ulcus gastrique. Nous ne comprenons pas, dans ce chiffre, les gros ulcus calleux en voie de dégénérescence néoplasique. Ces 58 cas se subdivisent de la façon suivante : 30 gastrectomies, 15 gastro-entérostomies, 4 laparotomies au cours desquelles n'ayant pas constaté de lésions suffisamment nettes, on s'est contenté de pratiquer l'énervation gastrique de LATARJET.

Parmi nos 39 gastrectomisés, 2 sont décédés des suites de l'intervention, ce qui nous donne un pourcentage de 5,12 %. Parmi nos gastro-entérostomisés, 1 décès pour 15, soit 6,66 %. Enfin, pour les 4 opérations de LATARJET, pas de mortalité post-opératoire. Voici, pour les deux premières interventions, quelques observations recopiées sur les registres de salle d'opération du Service du D^r DE BUTLER :

A. — *Gastro-entérostomie.*

OBSERVATION N° 87.

François P..., 51 ans.

Ce malade se présente à la consultation le 12 octobre 1937. A subi une G. E. dans un autre service le 8 août 1925. En voici le protocole opératoire :

« Laparatomie médiane fait découvrir ulcus de la petite courbure. G. E. postérieure transmésocolique. Guérison. »

Or, à l'heure actuelle, le patient nous dit avoir recommencé à souffrir depuis 1933. Douleurs environ 3 heures après les repas, calmées par les alcalins. Brûlures la nuit. A subi deux séries de traitement par les acides aminés. L'état général est bon; douleurs modérées à la palpation à gauche de la ligne médiane; pas de douleurs transfixiantes, d'hématémèses, de mœléna. On décide de réintervenir. La laparatomie montre un ulcère de la petites courbure. Section et enfouissement du duodénum. Section gastrique au-dessus de l'ulcère après libération de l'anse anastomosée lors de la première intervention. Fermeture de celle-ci et nouvelle anastomose à la Bilroth 2. Guérison.

Ainsi, malgré la gastro-entérostomie, l'ulcère, un moment en sommeil a recommencé à évoluer et à occasionner des crises douloureuses guéries par la gastrectomie.

OBSERVATION N° 13.

Parfait M..., 46 ans. 21-XI-1928.

Laparotomie fait constater un gros estomac dilaté. On découvre un ulcus de la petite courbure. G. E. sur la demande expresse du médecin traitant, quoiqu'on lui ait fait remarquer que l'ulcération ne semble recouverte que par la séreuse. Décès dans la nuit. L'autopsie montra, en effet, la perforation de l'ulcère.

B. — *Gastrectomie.*

OBSERVATION N° 4.

P..., 21 janvier 1928.

Ulcus de la petite courbure haut placé térébrant dans le foie. Libération, résection gastrique type Polya-Pauchet. Ce malade a été revu dernièrement et quoique ne suivant aucun régime, il n'accuse plus aucun trouble depuis sa résection.

OBSERVATION N° 12.

F... Eugène, 48 ans. 20 novembre 1928.

Ulcus de la petite courbure ayant provoqué des gastroragies abondantes. Section du duodénum, fermeture, enfouissement. Résection gastrique Polya-Pauchet. Suture de la brèche mésocolique au pourtour de la néo-bouche.

Ce malade revu depuis, est totalement guéri.

CANCER GASTRIQUE

CAUSES : Elles nous sont encore inconnues, nos connaissances se bornant à constater qu'il n'est vraisemblablement pas héréditaire, mais que l'hérédité sous forme de :

- Insuffisance glandulaire,
- Syphilis,
- Constipation, même,

constitue un terrain favorable à son développement. En outre, dans 70 % des cas, le cancer se développe sur un ancien ulcus (Frères MAYO, Victor PAUCHET). Et nous pouvons affirmer, avec PAUCHET, que : Infections de la bouche, constipation, mauvaise hygiène générale et alimentaire, syphilis, insuffisances endocriniennes, irritation préalable de l'organe par ulcus, par exemple, sont les causes éloignées ou les stades primitifs du cancer. Il est certain, en outre, que le milieu acide prédispose au cancer : au point de vue intestinal, 98 % des cancers se développent sur le côlon où le milieu est acide tandis que sur le grêle où le milieu est alcalin, on n'en observe que très rarement.

LOCALISATIONS : Le cancer peut se développer indifféremment sur toutes les portions de l'estomac. Cependant, certaines localisations sont plus fré-

quentes que les autres. Nous indiquerons, par ordre de fréquence décroissante :

- Le Pylore,
- La petite courbure,
- Les faces,
- La grande courbure.

DIAGNOSTIC : En période de début, la seule opérable, le diagnostic de cancer de l'estomac est excessivement difficile en raison de la multiplicité de ses types cliniques. On peut, en effet, avoir à faire à des formes :

- Dyspeptiques,
- Cachectiques,
- Anémiques par hémolyse

et lorsque apparaissent les signes d'évidence : Cachexie, sténose, tumeur perceptible à la palpation, anachlorhydrie, le cancer est alors inopérable. Il serait donc à souhaiter que tout dyspeptique ne soit soumis à un traitement médical qu'après avoir subi un examen radiologique attentif et complet. Cela n'est malheureusement jamais fait en pratique, et c'est ce qui explique que le chirurgien ne voie parmi les malades qui lui sont adressés, qu'une infime minorité qui soit opérable.

PROPAGATION : Le cancer gastrique se propage selon deux voies principales :

- Vers la sous-muqueuse,
- Vers les lymphatiques de la petite courbure, rétropyloriques, de la grande courbure.

De là, le cancer essaime dans les organes adjacents :
Foie, Pancréas, Mésentère, Péritoine pariétal.

OPÉRABILITÉ : Sur cent cancers d'estomac au sujet desquels la question opératoire se pose, il y en a déjà cinquante cliniquement inopérables. Cette inopérabilité est reconnue par l'un des signes suivants :

— Masse gastrique atteignant le rebord costal gauche.

— Masse gastro-pylorique fixe.

— Cancer du foie.

— Ascite.

— Ganglion de TROISIER.

— Défense musculaire au palper, indiquant des métastases péritonéales.

Pour les autres cas, l'opérabilité sera déterminée par la radiographie. En effet, les rayons X montrent le cancer dans 95 % des cas (MAYO, PAUCHET) et dans les cas rares où la radio ayant montré une lacune atypique, le diagnostic reste hésitant, une laparotomie exploratrice tranchera la question.

Nous pouvons, opératoirement et radiologiquement, diviser l'estomac en trois zones : Pylorique, intermédiaire, cardiaque. La première est la zone opérable par excellence; l'opérabilité de la seconde dépend beaucoup de l'enfrainement du chirurgien et la troisième est extra-chirurgicale : son siège est sous-costal et répond à la grosse tubérosité. Or, pour ces localisations, c'est la radio et la radio seule qui nous fixera en nous indiquant, en outre, s'il y a assez d'étoffe

gastrique pour réparer le tube digestif après la résection.

Les rayons X ne dispensent cependant pas de l'examen clinique, car ils sont précieux mais insuffisants et seule la clinique nous permettra de déceler les métastases du côté des ganglions, du foie ou du péritoine. Enfin, dans certains cas, tel cancer que le radiologue aura déclaré circonscrit et opérable se montrera à l'opération adhérent et accompagné de métastases.

Les rayons X nous donneront donc un diagnostic d'opérabilité ou d'inopérabilité probable et dans tous les cas limites ou douteux, n'hésitons pas à trancher la question par l'opération exploratrice.

CHOIX DE L'INTERVENTION :

A. *La Résection gastrique large* : Le choix du procédé opératoire est ici relativement simple. Si, en effet, dans l'ulcère on peut à la rigueur espérer une mise en sommeil, voire même une guérison par simple dérivation, ici il n'en est plus de même. Comme pour tout cancer traité chirurgicalement, une seule solution s'impose : l'exérèse la plus précoce et la plus complète possible, soit, pour notre cas particulier, la gastrectomie large.

La première gastrectomie pour cancer fut pratiquée par PÉAN en 1879 et, néanmoins, elle ne s'est vulgarisée que très lentement en France, car elle est considérée comme très grave. Or, il est certain, comme le disait PAUCHET, que si le chirurgien s'attaque (avec raison) systématiquement à tous les cas même à ceux les plus ganglionnaires et les plus adhérents, le pronostic est grave : 20 % de mort. Mais si l'intervention est faite pour des ulcères calleux en voie de transformation ou des cancers mobiles avec estomac très large et dont les ganglions sont le plus souvent inflammatoires, l'intervention est bénigne et le pronostic éloigné excellent. Néanmoins la survie après les opérations pour néoplasmes gastriques ne

sera jamais aussi longue que celle pour tumeur du gros intestin.

La statistique du service du D^r DE BUTLER porte sur 47 interventions en 10 ans. Parmi celles-ci nous relevons 16 résections parmi lesquelles un seul décès au sixième jour par broncho-pneumonie. Nous aurions donc une mortalité post-opératoire de 6,24 %. Cependant, ce chiffre lui-même nous paraît exagéré car le décès mentionné est survenu en 1930. Or à cette époque, les opérés devaient être transportés par de longs couloirs non chauffés au sortir de la salle d'opération et, malgré toutes les précautions, les complications pulmonaires étaient fréquentes. Au contraire, depuis l'installation de nouveaux locaux, nous n'avons eu aucun accident de ce genre à déplorer.

Principes opératoires essentiels : L'excision doit être excessivement large : parmi les opérés qui guérissent opératoirement, les 2/3 meurent ultérieurement de récurrence due à une insuffisance d'excision. L'opérateur devra donc toujours avoir présents à l'esprit les principes suivants :

A. Extirpation très large de la tumeur surtout du côté de la petite courbure en raison de l'envahissement de la chaîne ganglionnaire qui longe la Coronarie Stomachique.

B. Ablation méthodique des trois principaux groupes de ganglions :

— Ganglionnaire supérieur le long de la petite courbure.

— Ganglionnaire inférieur le long de la gastro-épi-
ploïque et de la grande courbure.

— Ganglionnaire rétro-pylorique, suivant le bord
inférieur du pancréas.

B. *La gastro-entérostomie* : La gastro-entérostomie dans le traitement du cancer d'estomac, n'a guère qu'une valeur palliative comparable à l'anus iliaque dans le cancer du rectum (FORGUE). Elle dérive le cours des aliments et combat ainsi la dénutrition. Elle diminue les hémorragies en épargnant à la tumeur l'irritation produite par le passage ou la stagnation des aliments. Elle n'a aucune prétention à la guérison, et on ne l'utilisera donc que dans les cas désespérés, pour soulager le patient. Cependant si le malade est par trop cachectisé, s'il est porteur d'une sténose serrée et d'un estomac très grand, la G. E. avec jéjuno-jéjunostomie pourra être le premier temps de la résection large. Trois semaines après, environ, on pourra réintervenir et pratiquer une gastrectomie avec le maximum de chances de succès. Dans l'intervalle, le sujet absorbera des Hydro-carbones et des alcalins pour neutraliser l'acidose sanguine. Il ne faut surtout pas attendre trop longtemps entre les deux temps, car la tumeur continue à se propager.

En 10 ans, la statistique du service porte sur 31 G. E. Deux seulement n'ont été que le premier temps d'une résection. C'est ce qui explique le déchet immédiat considérable : 5 décès post-opératoires entre

le 2^e et le 10^e jour, soit 16,045 %. Or nous utilisons l'anesthésie locale pour tous les cas de néo ce qui diminue d'autant le choc opératoire, et cependant, malgré une préparation soigneuse du malade, le pronostic immédiat reste plus grave que pour les gastrectomisés. Quant au pronostic lointain, il ne dépasse pas quelques mois, le sujet succombant aux suites d'une généralisation, ou à l'envahissement de la bouche de la G. E. Pour retarder cette échéance le plus possible, on s'efforcera de pratiquer l'anastomose très loin de la tumeur, quitte à pratiquer une anastomose atypique.

OBSERVATIONS

A. — *Gastreclomie.*

OBSERVATION N° 22.

F... Salle Herbet. 30 août 1930.

Laparotomie pour néo-gastrique. Toute l'intervention a été conduite à la locale par infiltration pariétale et des mésentères. On découvre le néo au point indiqué par la radio.

Décollement colo-épiploïque. Néo adhérent au plan postérieur. Le décollement se fait bien ainsi que la mobilisation et l'extériorisation gastro-duodénale. Section duodénale et fermeture en trois plans enfouissants. Section gastrique haute. Exérèse large des chaînes ganglionnaires. Implantation gastro-jéjunale, type Polya-Pauchet. Fixation de la brèche mésocolique au pourtour de la néo bouche.

Cette malade est morte en 1934 dans un service de médecine des suites d'une hémorragie cérébrale. L'autopsie n'a pas été faite, mais on n'avait constaté, cliniquement aucune récurrence.

OBSERVATION N° 27.

Léontine M... 28 février 1931.

Laparotomie fait découvrir ulcus dégénéré de la petite courbure. Extirpation par résection gastro-pylorique type Polya-Pauchet. Suture de la brèche mésocolique au pourtour de la néo bouche. Guérison.

L'examen anatomo-pathologique montra un ulcus calleux avec quelques éléments néoplasiques. Cette malade vit toujours et n'a jamais présenté de symptômes de récurrence.

B. — *Gastro-entérostomie.*

OBSERVATION N° 20.

Eugène P..., 54 ans. 22 mai 1934.

Laparotomie fait découvrir volumineux néo pylorique s'étendant vers la petite courbure. Estomac très ectasié. Résection serait possible, mais sujet cachectique. G. E. post. transmésocolique.

Le malade récupéra de façon satisfaisante et on intervint de nouveau un mois plus tard (obs. 24).

OBSERVATION N° 24.

3 juillet 1934 .

Incision médiane. Le néo entoure le pylore et remonte jusqu'au milieu de la petite courbure. Section duodénale sur écraseur et fermeture en 3 plans enfouissants. Mise de l'écraseur gastrique de Pauchet au-dessus de la tumeur et de la G. E. Section au-dessus de la G. E. pour libérer l'anse. Cette anse étant peu mobile, ne peut être implantée sur l'estomac. Fermeture de l'anse et nouvel abouchement transmésocolique à la Bilroth II.

Ce malade sortit du service complètement rétabli, mais il nous a été malheureusement impossible de retrouver sa trace.

OBSERVATION N° 33.

Louis D..., 62 ans. 27 avril 1932.

Intervention à l'anesthésie locale. Laparotomie fait découvrir néo du pylore sténosant et diffus. Ascite abondante. G. E. ant. précolique.

Décès six semaines plus tard.

OBSERVATION N° 35.

Henri M..., 47 ans.

Laparotomie. On découvre gros néo de la petite courbure avec ganglions remontant vers le cardia. Induration du pancréas. Ganglions dans le mésocolon et le mésentère. G. E. antérieure précolique haute.

Décès 4 mois plus tard.

OBSERVATION N° 50.

Théodule V..., 53 ans. 31 décembre 1936.

Laparotomie fait découvrir volumineux néoplasme de la petite courbure empiétant sur la face antérieure avec gros ganglions remontant le long de l'aorte et gros noyau pancréatique. Exérèse paraît aléatoire. G. E. postérieure paramarginale transmésocolique aux points de Connel et Cushing. Fixation de la brèche mésocolique au pourtour de la néobouche.

Survie 10 mois.

CONCLUSIONS

A. *Ulcus gastrique* : La gastro-entérostomie est une opération palliative, ne guérissant pas le malade et l'exposant à des accidents ultérieurs parfois très graves (Obs. 13 et 87). Les résultats immédiats de la gastrectomie sont, au contraire, des plus favorables : 5,12 % de mortalité opératoire contre 6,66 % pour la G. E. Quant aux résultats éloignés, ils sont parfaits (Obs. 4 et 12). Ayons donc recours à la gastrectomie large avec dépouillement de la petite courbure, et n'utilisons la G. E. qu'en guise de premier temps lorsque la résection d'emblée ferait courir de trop gros risques à l'opéré.

B. *Cancer gastrique* : Une seule intervention : la résection élargie avec ablation soignée des groupes ganglionnaires voisins. Le pronostic immédiat est à peine plus chargé que dans la gastrectomie pour ulcus : 6,24 % contre 5,12 %, et le pronostic lointain encourageant si la tumeur a été opérée précocement (Obs. 22 et 27). Cependant, en cas de cancer trop avancé, nous ne devons pas hésiter à recourir à la G. E. qui aura le mérite de soulager le patient. Nous

la pratiquerons le plus loin possible du néo, quitte à effectuer une anastomose atypique, de façon à retarder son envahissement (Obs. 33, 35 et 50).

Enfin, ici aussi, la G. E. pourra être le premier temps de la résection (Obs. 20 et 24).

Vu : Le Président de la Thèse,
L. TANON.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BORSZEKY. — Le traitement chirurgical des ulcus peptiques de l'estomac et du duodénum, et de leur complications et ses résultats. *Beiträge zur Klinischen chir.*, t. LVII, Fév. 1908.
- BRON. — *Thèse Paris*, 1932.
- BURK. — Sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique et duodénal. *Zentralblatt f. Chir.*, 20 oct. 1923.
- CARNOT. — Pourquoi doit-on réséquer les ulcères gastriques. *Paris Médical*, 1918.
- CUNÉO. — Technique de la pyloréctomie pour cancer. *Journal de Chir.*, 1909, t. I.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, 1895 (RUEFF).
- DELORT (M.). — Que doit-on opérer ? Quand doit-on opérer en gastro-entérologie ? Les actualités thérapeutiques, n° 14. Maloine éditeur.
- DELORT et PAUCHET (V.). — Traitement médical et chirurgical de l'ulcère gastrique et duodénal. *La Vie Médicale*, 1924.
- EISELSBERG. — Le traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum, *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1920, t. 114, f. 3.
- HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac. Masson, éditeur.
- KOCHER. — Technique et résultats de la résection gastrique. *Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerte*. Bâle 1893.
- LARRIERU. — La perforation de l'ulcère gastrique après la G. E. *Rev. de Chir.*, t. LIX, 1921.
- LEWISOHN. — Résection de l'estomac pour ulcère gastrique. *Annals of Surgery*, t. LXXVIII, 1923.
- MAIER. — Sur les inconvénients de la G. E. dans l'ulcère. *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1922.
- MARTEL (THIERRY DE). — Traitement chirurgical de l'ulcère d'estomac et du duodénum. *Journal Méd. Français*. Poinat, éditeur, 1928.

- METGE. — Morts par hémorragies à la suite de G. E. *Zentralblatt. f. Chir.*, Janv. 1924.
- MOYNIHAN. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique. Rapport au 88^e Congrès de la British Méd. Ass. Juillet 1920. *Brit. med. jour.*
- Sur quelques problèmes nouveaux concernant les ulcères gastro-duodénaux. *Brit. Med. Jour.*, Fév. 1923.
- L'ulcère gastrique et son traitement. *Medical Record*, 1921, t. 99.
- METRAUX. — Résultats éloignés de la G. E. dans les ulcères de l'estomac et du duodénum. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, t. XL, N^o 9.
- MOPPERT. — Résultat du traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Gazette des Hôpitaux*, Sept. 1922.
- MOYNIHAN. — Ulcus gastrique et duodénal. Traduction de V. PAUCHET. Doin, éditeur.
- PAUCHET (Pierre). — *Thèse de Paris*, 1926.
- PAUCHET (Victor). — *Pratique Chir. illustrée*. Doin, éditeur.
- PAUCHET (V.), LUQUET et HIRSCHBERG. — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Doin, éditeur.
- PAUCHET (V.) et TIERNY (A.). — La gastro-entérostomie. Doin, éditeur.
- PAUCHET (V.). — Insuffisance de la G. E. dans certains cas d'ulcus. *Société de Chir. Paris*, Février 1924.
- La G. E. et ses complications. *Gaz. d. hôp.*, N^o 77, Sept. 1924.
- Traitement de l'ulcère duodénal. *Archives de Chirurgie franco-belges*, Janv. 1925.
- G. E., gastrectomies, colectomies, à l'aide de la diathermie. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. CIII, Fév. 1930.
- PERIGORD. — *Thèse Paris*, 1926.
- RICARD et PAUCHET. — Ulcère duodénal, son traitement chirurgical. XXIII^e Congrès de chirurgie. Paris, 1910, p. 461.

